



---

## **An meine Patienten und Erziehungsberechtigte**

### **1.) Ausfallentschädigung:**

Aufgrund der Organisation in der Praxis ist es notwendig, dass Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden. Nur so ist es möglich, den Termin anderweitig an Patienten zu vergeben, die auf der Warteliste stehen.

Außer in besonders begründeten Fällen sehen wir uns ansonsten gezwungen, Ihnen für den nicht wahrgenommenen Termin

**40,00 Euro**

in Rechnung zu stellen.

### **2.) Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO):**

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie, die Datenschutzbestimmungen gelesen zu haben und mit der Verarbeitung und Weitergabe Ihrer Daten einverstanden zu sein.

Bitte hier die Personalien des Erziehungsberechtigten eintragen:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Ich habe die o. g. Bedingung zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden.

Wolfenbüttel, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in bzw.  
Erziehungsberechtigte/r